

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THESE

No 368

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri CHABROL

Né à Thiers (Puy de Dôme) le 10 Août 1899

ÉTUDE STATISTIQUE DES
CHANCRES EXTRA - GÉNITAUX

Président : M. le Professeur E. JEANSELME

PARIS
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, Rue Racine, 15

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri CHABROL

Né à Thiers (Puy-de-Dôme) le 10 Août 1899

**ÉTUDE STATISTIQUE DES
CHANCRES EXTRA = GÉNITAUX**

Président : M. le Professeur E. JEANSELME

PARIS
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, Rue Racine, 15

1925



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	{ GILBERT.
	{ CHAUFFARD.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale
 ALGRAVE .. Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . Pathologie médicale
 BASSET Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN .. Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHE-
 TIERE Chimie biologique.
 BRANCA Histologie.
 BRULE Pathologie médicale
 BUSQUET .. Pharmacologie et
 matière médicale.
 CADENAT... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale
 CLERC Pathologie médicale
 DEBRE Hygiène.
 I. DE JONC . Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ECALLE Obstétrique.
 FIESSINGER Pathologie médic.
 FOIX Pathologie médicale
 GARNIER .. Pathologie expérimentale.
 HARVIER... Pathologie médicale
 HEITS-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 JOYEUX ... Parasitologie.

MM.

LABBE Henri Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.. Obstétrique.
 LEMAITRE . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE .. Pathologie médicale
 LEVY SOLAL Obstétrique.
 LHERMITTE Pathologie médicale
 LIAN Pathologie médicale
 MATHIEU... Pathologie chirurgicale.
 METZGER .. Obstétrique.
 MOCQUOT .. Pathologie chirurgicale.
 MONDOR ... Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 RIBIERRE .. Pathologie médicale
 RICHET Fils.. Physiologie.
 ROUVIERE .. Anatomie.
 TANON Pathologie médicale
 TIFFENEAU Pharmacologie et
 matière médicale
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VERNE Histologie
 VILLARET .. Pathologie médicale
 WELTER ... Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

HM:

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT ..Pathologie médicale
 GUENIOT ... Obstétrique

MM.

RETTERER . Histologie.
 ROUSSY Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DU COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.			MM.		
AUVRAY....	Clinique	chirurgi-	OMBREDAN-		
	cale.		NE.....	Clinique chirurgica-	
LAIGNEL-LA				le infantile.	
VASTINE ..	Clinique	médicale	PROUST	Clinique chirurgi-	
				cale.	
LEREBOUL-			RATHERY ..	Clinique médicale.	
LET	Clinique	médicale	SCHWARTZ .	Clinique chirurgi-	
	infantile.			cale.	
LERI	Clinique	médicale.	TERRIEN ...	Clinique ophtalmo-	
LÉPER	Clinique	médicale.		logique.	

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . { Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY Stomatologie.
 N..... Education physique
 LEDOUX-LEBARD .. Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Tendrement aimée.

A MON PÈRE.

Témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma sincère affection.

A MON GRAND-PÈRE

A MES SŒURS.

A MON FRÈRE.

A Monsieur le Professeur JEANSELME.
Professeur de clinique des maladies cutanées et
syphilitiques.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Respectueux
hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BURNIER.

En hommage de respect et de gratitude.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE CLERMONT-FERRAND.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS,

M. le Professeur GUILLAIN; M. le Docteur SOULI-
GOUX; M. le Docteur FLORAND, M. le professeur
CUNÉO; M. le professeur LEGUEU; M. le Docteur
FUNK-BRENTANO; M. le Professeur TEISSIER;
M. le Professeur-agrégé LEREBoullet.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Depuis très longtemps déjà, la possibilité d'une infection primitive syphilitique, par d'autres voies que les voies génitales, avait été établie. Certains textes des XV^e et XVI^e siècles en font foi. Puis des auteurs comme Astruc, Hunter et beaucoup d'autres médecins en reconnurent l'existence réelle.

Ricord en 1850 décrit le premier cas authentique de chancre oculaire.

En 1861 Diday décrit le chancre de l'amygdale. Mais c'est à Fournier surtout que nous devons une étude approfondie, une description clinique remarquable des chancres extra-génitaux.

Depuis Fournier, en France, aucun travail important relatif à une statistique basée sur de nombreux cas de chancres extra-génitaux n'a été fait.

Grâce à l'obligeance de M. le Professeur Jeanselme nous avons pu effectuer des recherches parmi les fiches classées de la Polyclinique Bazin et établir une statistique portant sur 11-528 cas de chancres parmi lesquels nous avons relevé 690 cas de chancres extra-génitaux.

Nous nous proposons de donner dans les chapitres qui vont suivre quelques statistiques importantes recueillies en France et à l'étranger ainsi que la nôtre et tracer rapidement l'étiologie, les formes cliniques des chancres extra-génitaux de tout siège, leur pronostic, leur traitement.

Statistiques

Nous allons donner dans ce chapitre les statistiques françaises et étrangères qui nous ont paru intéressantes à noter et pour lesquelles nous avons établi le pourcentage de chacune des diverses localisations des chancres extra-génitaux.

Nous notons en premier lieu la statistique de Fournier intéressante à un double point de vue. Tout d'abord elle porte sur un nombre relativement élevé de cas et ensuite elle est basée sur des observations de malades appartenant à la clientèle de ville, et à la clientèle d'hôpital.

Les tableaux que nous allons donner ainsi que les pourcentages seront intéressants à comparer aux tableaux des statistiques relevées dans ce travail, et de notre statistique personnelle établie suivant les conseils du Docteur Burnier, chef de clinique de M. le Professeur Jeanselme.

STATISTIQUE DE FOURNIER.

Voici les chiffres indiqués par Fournier dans son livre « Chancres extra-génitaux »

Fournier a relevé 1123 cas de chancres extra-génitaux (statistique de ville et Statistique d'hôpital) répartis ainsi qu'il suit :

Chancres céphaliques (Statistique de Ville) 642.

I.	Bouche	Lèvres	528
		Langue	53
	435 cas, ainsi ré-	Amygdale	40
	partis	Gencives	9
		Palais, voile, piliers	4
		Muqueuse des joues	1
II.	Face, 47 cas	Menton	24
		Joues	9
	ainsi répartis	Œil	7
		Nez	5
		Front	2
III.	Cuir chevelu 2 cas		2
	Total		484

Chancre du Cou, du Tronc et des Membres.

I.	Chancres du cou	3
II.	— du thorax	22
	Se décomposant ainsi :	
	— Sein	19
	— région ant ^{re} du Thorax ..	1 22
	— région post ^{re} du Thorax. .	1
	— aisselle	1
III.	Chancres abdomen	16
IV.	— aine	3
V.	— fesses	4

VI. Chancres du membre supérieur ... 57
Se décomposant ainsi :

Chancres des épaules	1	
— du bras	9	
— avant-bras	1	57
— main	46	

VII. Chancres du membre inférieur 5
Se décomposant ainsi :

Chancres de la cuisse	4	
— de la jambe	1	5

Total 110

Chancres des régions anales et périanale, 54 cas.

Chancres céphaliques (Statistique d'hôpital) 481.

I. Bouche 292 cas	Lèvres	239
ainsi répartis	Langue	22
	Amygdale	29
	Gencives	2
II. Face, 72 cas	Menton	30
ainsi répartis	Joues	15
	Œil	14
	Nez	13
III. Cuir chevelu 1 cas		5
	Total	365

Chancres du cou du tronc, des membres (Stat. d'hôpital).

I.	Chancres du cou	10
II.	— du sein	40
III.	— Abdomen	9
IV.	— aine	1
V.	Chancres du membre supérieur ...	23
VI.	du membre inférieur	10
Total		93

Chancres des régions anale et périanale (Statistique d'hôpital : 23 cas).

Ces chiffres dit Fournier, sont empruntés aux relevés annuels qui ont été publiés, relativement aux chancres extra-génitaux observés dans le service de la clinique par plusieurs de ses élèves, MM. Hulot, Lavergne et Perrin, Morel Lavallée, Veslin, Feulard, Hudelo et Robillard.

Nous avons établi dans la statistique de ville de Fournier qui porte sur 642 cas de chancres extra-génitaux, le pourcentage des chancres génitaux par rapport aux chancres de tout siège. Il est de 6.48 %.

Sur ces 6,48 % nous relevons un pourcentage de 4,84 % pour les chancres céphaliques,
de 1,10 % pour les chancres du cou, du tronc, des
membres,

de 0,54 % pour les chancres anus et région périanale.

Voici maintenant le pourcentage de chacune des localisations par rapport aux 648 cas de chancres extra-génitaux de la statistique de ville.

A) *Chancres céphaliques.*

Lèvres	50.6	%	
Langue	8.1	%	
Amygdale	6.1	%	Bouche
Gencives	1.3	%	
Palais, voile piliers	0.6	%	
Muqueuse des joues			
Menton	3.7	%	
Joues	1.3	%	
œil	1.08	%	Face
Nez	0.7	%	
Front	0.3	%	
Cuir chevelu	0.3	%	Cuir chevelu

B) *Chancres du cou, du tronc, des membres.*

Cou	0.4	%
Thorax	3.4	%
Abdomen	2.4	%
Aine	0.4	%
Fesses	0.6	%
Membre supérieur	7.2	%
Membre inférieur	0.7	%

C) *Chancres de anus et rég. périanale* 8.1 %.

Nous mettons ici en parallèle les pourcentages des mêmes localisations dans la statistique d'hôpital relevée par les élèves de Fournier, portant sur 481 cas.

A) *Chancres céphaliques.*

Lèvres	49.4	%	
Langue	4.5		
Amygdale	6.1		Bouche
Gencives	0.4		
Menton	6.2	%	
Joues	3.1		
Œil	2.9		Face
Nez	2.8		
Cuir chevelu			Cuir chevelu

B) *Chancres du Cou, du Tronc, des membres.*

Cou	2.06	%
Sein	10.3	
Abdomen	1.9	
Aine		
Membre supérieur	4.7	
— inférieur	2.6	

C) *Chancres de l'anus et de la région périanale.*

Anus et région périanale	4.7	%
--------------------------------	-----	---

F. Roche rapporte sept cas de chancres extra-génitaux sur 350 cas de chancres chez des femmes traitées à l'hôpital de la Charité à Marseille.

G. Salsotto de Turin a observé de 1884 à juillet 1892, dans sa clientèle et à l'hôpital de Turin 201 cas de chancres extra-génitaux répartis comme suit ;

Lèvres	61 cas
Langue	2
Gencives	1
Joue	2
Front	1
Paupière supérieure	2
Menton	3
Sein	108
Anus	2
Cuisse	1
Région inguinale	2
Bras	12
Doigts	3
Dos	1

STATISTIQUE DE SALSOTTO

Pourcentage des chancres de diverses localisations par rapport aux 210 cas de chancres extra-génitaux relevés par cet auteur.

A) Chancres céphaliques.

Lèvres	30.3 %	
Langue	0.99	
Gencives	0.44	Bouche
Joues	0.99	
F. interne paupière sup.	0.99	
Menton	1.4	
Front	0.44	Face

B) Chancres du cou, du tronc, des membres.

Thorax	53.2 %
--------------	--------

Membre supérieur	7.4
Membre inférieur	1.4

C) *Chancres de l'anus et de la région périanale.*

Anus et région périanale	0.99 %
--------------------------------	--------

R. Krefting. — Dans une statistique de 25 ans, rapporte 539 cas de ch. extra-génitaux, sur 2916 malades atteints de chancres génitaux.

Voici les chiffres détaillés donnés par cet auteur.

	cas	hom.	fem.	enf.
Lèvre et commissures labiales	142	35	77	30
Gencives	1	1		
Langue	11	3	3	5
Pharynx	58	9	43	6
Mamelles	1		1	
Menton	1		1	
Front	1		1	
Cuir chevelu	2	1	1	
Creux poplité	1		1	
Abdomen	1	1		
Doigts	4	3	1	

King. — D'après cet auteur les pourcentages des diverses localisations sont les suivants.

A) *Chancres céphaliques.*

Lèvres	26.3 %	
Gencives	0.18	
Langue	2.04	Bouche
Pharynx	10.7	

Menton	0.18 %	u
Front	0.18	Face
Cuir Chevelu	0.36	

B) *Chancres du cou, du tronc des membres.*

Mamelles	0.18 %	
Abdomen	0.18	
Doigts	0.7	
Creux poplité	0.18	

Statistiques de Bulkley, Munchkinner et Scherrer.

	Bulkley	Munchkinner	Scherrer
	1893	1897	1910
Lèvres	1710	2285	3880
Cavité buccale	734	731	824
Amygdales	307	504	1104
Pharynx et cav-nas.	264	290	423
Langue	157	175	273
Gencives	42	57	97
Menton	146	166	252
Joues	145	161	228
Paup. et conjonctives	372	463	632
Nez	95	125	172
Front et tempes ..	37	50	69
Oreilles cuir chevelu	27	30	52
Cou	47	51	63
Seins	1148	1283	1569
Tronc	100	124	168

Doigts et mains ..	462	522	897
Avant-bras	59	60	79
Membres inf ^{rs}	73	92	167
Anus	87	108	176
Rég. péri-génitales	77	80	278
Vaccination	1863	1872	2144
Circoncision	745	746	753
Ventouses scarifiées	179	179	181
Tatouage	82	91	109
Total	9058	10.265	14.590

Scherrer. — Pourcentage des diverses localisations par rapport à la totalité des chancres extra-génitaux.

A) Chancres céphaliques.

Lèvres	26.07 %	
Cavité buccale	5.6	
Amygdales	8.2	Bouche
Pharynx et cavité nasale	2.9	
Langue	1.8	
Gencives	0.6	
Menton	1.7 %	
Joues	1.5	
Paupières et conjonctives	4.3	
Nez	1.1	Face
Front et tempes	0.4	
Oreille et cuir chevelu	0.3	

B) Chancres du Cou, du Tronc, et des Membres.

Cou	0.3 %
Sein	10.7

Tronc	1.1
Doigt et mains	6.1
Avant-bras	0.5
Membres inférieurs	1.1
Région périgénitale	1.9

C) *Chancres de l'anus et de la région périanale.*

Anus	1.2 %
------------	-------

D) Vaccination	14.06 %
Circoncision	5.1
Ventouses scarifiées	1.2
Tatouage	0.6

J. Bobrie (Annales des maladies vénériennes (1914) relève sur 24.097 observations du service de la Poli-clinique de Gaucher à l'hôpital Saint-Louis 2.912 observations de femmes syphilitiques.

326 ont présenté un accident primitif extra-génital :

Chancres Lèvre supérieure	57
— Lèvre inférieure	45
— Bouche	4
— Langue	10
— Amygdale	97
— Gencive	5
— Face int. des joues	1
— Menton	6
— Narine	3
— Pituitaire	1
— Cloison nasale	3
— Joue	1

—	Face	1
Chancres	préauriculaire	1
—	Cuir chevelu	1
—	Cou	3
—	Sein	21
—	Dos	1
—	Aisselle	1
—	Anus	55

J. brie. — Pourcentage des chancres de diverses localisations par rapport aux 326 cas de chancres extra génitaux recueillis par cet auteur.

A) *Chancres céphaliques:*

Lèvres	31.1 %	
Langue	3.03	
Amygdale	29.6	Bouche
Bouche	1.2	
Gencives	1.5	
Face int. des joues	0.3	
Menton	1.8 %	
Narine	0.9	
Pituitaire	0.3	
Cloison nasale	0.9	Face
Joue	0.3	
Face	0.3	
Région préauriculaire	0.3	
Cuir chevelu	0.3	

B) *Chancres du cou, du tronc et des membres.*

Cou	0.9 %
Sein	6.4
Dos	0.3
Aisselle	0.3

C) *Chancres de l'anus et de la région périanale.*

Anus 17.8 %

Horace Wray Porter dans une statistique intitulée: "Statistical study of extra génital chancres (Studies, reports and observations from the dermatological departments of the Barnard Frei Skin and Cancer Hospital an the School of medicine Washington University St-Louis Mo (U. S. A.), Service of Dr M. F. Engmann and W. H. Mook) rapporte les observations de 225 chancres sur lesquels il note 54 cas de chancres extra-génitaux. Cette statistique a été établie d'Août 1905 à août 1919.

Voilà d'ailleurs le détail des localisations des 54 cas examinés par cet auteur :

Lèvre supérieure	9
Lèvre inférieure	22
Langue	6
Eyelid	2
Joue	2
Angle du menton	2
Nez	1
Tempes	1
Front	1
Amygdale	1
Pouce	1
Sein	2
Abdomen	2
Anus	2
	54

D'après les chiffres donnés par H. W. Porter nous notons le pourcentage vraiment élevé des chancres extra-génitaux par rapport aux autres chancres 24.5, % Par contre relativement très peu de chancres de certaines régions telles que : amygdales, menton doigt.

W. H. Porter donne ensuite un tableau montrant le pourcentage des cas de chancres extra-génitaux par rapport à ceux de localisation génitale, d'après divers auteurs et dans différents pays. Comme nous allons le voir il y a des différences considérables entre les chiffres relevés.

	Pourcentage
Krefting (Christiana)	15.6
Von Brach Bonn (Allemagne)	9.0
Van Walsen (Amsterdam)	8.5
Mraček (Vienne)	7.5
Bukley (N.-York)	5.5
Montgomery (California)	5.5
Finger (Vienne)	1.3

Ainsi Krefting arrive au pourcentage de 15,6 % et Finger à 1,3 % seulement !

H. W. Porter. — Pourcentage des diverses localisations par rapport à la totalité des chancres extra-génitaux relevés par ces auteurs.

A) Chancres céphaliques.

Lèvres	57.4 %	
Langue	11.1	Bouche
Amygdale	1.8	

Menton	1.8	%
Nez	1.8	
Joues	3.7	Face
Tempes	1.8	
Front	1.8	
Paupières	3.7	

B) *Chancres du cou, du tronc, des membres.*

Sein	3.7	%
Abdomen	3.7	
Pouce	1.8	

C) *Chancres de anus et région périanale.*

Anus	3.7
------------	-----

Statistique d'Herczeg.

18 nov. 1923

	Hommes	Femmes
Lèvre supérieure	42	00
Lèvre inférieure	58	64
Les 2 lèvres	3	3
Langue	5	
Amygdale	21	9
Autres parties de la bouche ..	1	
Menton	9	2
Face	7	7
Œil	8	3
Nez	3	
Front	1	1
Cou	3	
Mamelon	-	15

Aisselle	—	1
Abdomen	5	1
Main et Doigt	10	3
Cuisse	2	3
Aine	2	5
Pubis	72	1
Anus et périnée	2	3
Total	254	+183 = 437

Herczeg. — Pourcentages des principales localisations par rapport à la totalité des chancres extra-génitaux.

A) *Chancres céphaliques.*

Lèvres	52.8	%	
Langue	1.1		
Amygdales	6.8		Bouche
Autres parties de la bouche	2.2		
Menton	2.5		
Face	3.2		
Œil	2.5		Face
Nez	0.6		
Front	0.4		

B) *Chancres du Cou, du tronc et des membres.*

Cou	0.6	%
Mamelon	3.2	
Aisselle	0.2	
Abdomen	1.3	

Main et Doigts	2.9
Cuisses	1.1
Aine	1.6
Pubis	16.7

C) *Chancres de l'an us et de la région pér ianale.*

Anus et périnée 1.1 %

M. Rille. — A observé depuis le 1^{er} janvier 1892 au 1^{er} juillet 1924, 646 cas de chancres extra-géniaux (317 hommes et 213 femmes). La localisation est la suivante. :

	Cas	hom.	fem.
Lèvre supérieure	287	157	130
Lèvre inférieure	128	70	58
Commiss. lab.	5	4	1
Langue	16	9	7
Gencive	10	6	4
Palais	2	2	
Amygdales	74	44	30
Amygdales à droite	32		
Amygdales à gauche	29		
Des deux côtés	12		
Menton	20	20	
Joue	13	10	3
Œil	10	4	6
Œil sourcil	2	2	
Paupière supérieure	1	1	
Conjonctive	2		2
		329	241

	Cas	hom.	fem.
Oeil paupière inférieure.....	4	1	3
Caroncule	1		1
Nez	2	1	1
Oreille	1		1
Front	1		1
Cuir chevelu	2	2	
Cou	1	1	
Sein	14		14
Thorax	3		3
Abdomen	1		1
Ombilic	1		1
Avant-bras	1	1	
Main	55	33	12
Membre inférieur	5	2	3
Fesses	4	3	1
		44	32

Parmi chancres de la main, 15 médecins, 6 sages-femmes 4 infirmiers.

Certains chancres s'observaient à la fois en 2 sièges différents.

Lèvre sup ^r et lèvre inférieure	7 cas
— amygdale	1
— verge	6
— amydale et verge	1
Lèvre inf ^{re} et gencive	1
Lèvre inf ^{re} et amygdale	2
Lèvre inf ^{re} et sourcil	1

—	et joue	1
--	et sein	1
—	et verge	2
Amygdale et	langue	1
—	verge	2
—	vulve	1
Menton et	verge	2
Joue et	front	1
Joue et	région inguinale	1
Index et	verge	1
Index médius et	verge	1

Pourcentage de chacune des localisations par rapport aux 646 cas observés par Rille.

A) *Chancres céphaliques.*

Lèvres	64.6 %	
Langue	2.4	
Amygdales	11.4	Bouche
Gencive	1.5	
Palais	0.3	
Menton	3.9 %	
Joues	2.1	
Nez	0.3	
Œil	1.5	
Œil sourcils	0.3	
Paup. sup ^{re}	0.15	Face
Conjonctive	0.3	
Œil paupière inférieure	0.6	
Caroncule	0.15	

Oreille	0.15
Front	0.15
Cuir chevelu	0.3

B) *Chancres du Cou, du tronc et des membre*

Cou	0.15	‰
Thorax	0.4	
Abdomen	0.15	
Ombilic	0.15	
Sein	2.1	
Avant-bras	0.15	
Main	8.5	
Membre inf ^r	0.7	
Fesses	0.6	

Statistique personnelle

La statistique que nous rapportons a été dressée par nous d'après les observations recueillies à la clinique de M. le Professeur Jeanselme à l'Hôpital Saint-Louis.

Cette statistique porte sur 11.518 chancres syphilitiques, observés à la clinique durant 10 années de 1914 à 1924, et sur lesquels nous avons relevé 690 cas de chancres extra-génitaux.

Nous donnons ci-dessous les chiffres détaillés relatifs à chacune des localisations que nous avons notées :

I CHANCRES DE LA REGION CEPHALIQUE. Bouche et Face.

a) <i>Bouche.</i>	Hommes 297 + Femmes 173 =	470
b) <i>Face</i>	Hommes 61 + Femmes 15 =	76
Total		546

Ces chancres se répartissent de la façon suivante :

		hom.	rem.
a) <i>Bouche</i>	Lèvre inf ^{re}	126	57
	Lèvre supérieure	83	61
	Langue	25	11

Amygdale droite	30	30
Amygdale gauche	19	7
Gencives	6	1
Palais, voile, piliers	5	5
Muqueuse des joues	3	1
	-----	-----
	297	173

		hom.	fem.
b) Face	Menton,	42	11
	Joues	10	1
	Œil	4	
Nez		4	3
	Cuir cheveu	1	
		-----	-----
		61	15

II CHANCRES DU COU, DU TRONC, DES MEMBRES

Hommes 59 + Femmes 29 = 88.

Répartis comme suit :

		hom.	fem.
a) Chancres du cou		2	
b) Thorax	Région ant ^{re}	1	1
	Sein	1	9
c) Abdomen		2	1
d) Aines		2	3
e) Fesses		3	1
f) Pubis		24	1
		-----	-----
Total		35	16

g) *Chancres du membre supérieur* se décomposant comme suit :

Bras	1	
Avant-bras	1	
Main	19	8
	-----	-----
	21	8

h) *Chancres du membre inférieur* se décomposant comme suit :

Cuisse	1	5
Orteils	2	
	-----	-----
	3	5

III CHANCRES DES REGIONS ANALE ET PERIANALE.

Hommes 17 + Femmes 39 = 56.

Pourcentage de chacune des localisations par rapport aux 690 cas que nous avons recueillis dans notre statistique.

A) *Chancres céphaliques.*

Lèvres	49.4	%	
Langue	5.2	%	
Amygdales	12.5		Bouche
Gencives	1.1		
Palais, voile, piliers	1.4		
Muq. des joues	0.5		

Menton	7.06 %	
Joues	1.5	
Nez	1.01	Face
Œil	0.5	
Cuir chevelu	0.14	

B) Chancres du cou, du tronc, des membres.

Cou	0.2 %
Thorax	1.5
Sein	0.4
Abdomen	0.4
Aine	0.7
Pubis	3.6
Fesses	0.5
Membre supérieur	4.2
Membre inférieur	1.1

C) Chancres de l'anus et de la région périanale.

Anus et région périanale	8.02 %
--------------------------------	--------

Fréquence. Étiologie

Formes cliniques

I CHANCRES CEPHALIQUES.

Fréquence.

Comme nous l'avons vu dans les tableaux précédent les chancres céphaliques sont de beaucoup les plus nombreux de tous les chancres à localisation extra-génitale.

Sur 690 chancres extra-génitaux que nous avons relevés nous avons trouvé 546 chancres céphaliques soit une proportion de 79.3 % dont 70,1 % du département de la bouche et 9.2 % du département de la Face.

Les chancres buccaux vont nous occuper tout d'abord.

1. CHANCRES BUCCAUX.

Fréquence.

Nous rencontrons ces chancres sur tous les points de cette région c'est-à-dire : lèvres, langue, gencives, palais, le voile, les piliers du voile, les amygdales, et muqueuse des joues, dans la proportion de 70.1 %, répartis très inégalement. Au premier rang vient le chancre des lèvres avec 49.4 %, puis viennent les amy-

dales avec 12,5 %, la langue 5,2 % le palais, le voile et les piliers 1,4 %, les gencives 1,1 % et enfin la muqueuse des joues 0,5 %.

Étiologie.

Nous allons donner ici dans un chapitre d'ensemble une notion étiologique des chancres buccaux en général, ce qui nous dispensera de revenir dans la suite sur l'étiologie de chacune des localisations des chancres buccaux au cours des chapitres les concernant

3 modes principaux de contamination buccale sont à relever quant au transit du contag, disait Fournier

a) *Contage génito-buccal.* — Ce mode de contagion est moins commun qu'on ne pourrait le supposer tout d'abord. On est généralement porté à l'admettre sans interrogatoire précis, et l'on peut dire qu'un grand nombre de chancres extra-génitaux ont une origine toute différente et appartiennent à l'un ou l'autre des modes de contamination cités plus loin.

b) *Contamination bucco-buccale,* est certainement de beaucoup la plus fréquente (on la note avec une fréquence considérable dans certains pays tels que la Russie par exemple) et ceci pour la raison très simple que les lésions syphilitiques qui s'y produisent et s'y reproduisent sont légion; et le baiser n'est-il pas un, mode de contact habituel, courant? Les observations de ce mode de transmission se rencontrent à tout moment dans la pratique journalière.

« Il est souvent besoin d'insister longuement avec

force explications techniques pour aboutir à persuader de tels malades et obtenir d'eux qu'ils ne risquent pas de transmettre la syphilis à leur parenté, leur entourage disait très justement Fournier.

c) En troisième lieu les chancres buccaux se rencontrent dans un assez grand nombre de cas à la suite de *contagions médiales*.

La liste des objets susceptibles de servir de véhicule au tréponème est vraiment fort longue ; mais nous ne citerons ici que les plus communs.

Les ustensiles d'alimentation (cuillers, verre, tasse, fourchette) sont souvent à incriminer. Nous avons relevé deux cas de chancres consécutifs à une piqure par fourchette, un de la commissure labiale gauche, l'autre de la pointe de la langue.

Les fume-cigarettes, les porte-cigares les pipes sont fréquemment des agents transmetteurs.

Il existe aussi des cas relativement nombreux de contagion buccale professionnels chez les tapissiers, les menuisiers, les emballeurs, autrefois fréquents étaient les chancres buccaux observés chez les verriers.

Il y a lieu de noter les contagions portées à la bouche par les doigts, et enfin un mode de contamination que nous ne saurions passer sous silence est celui qui dérive de l'allaitement, de nombreux enfants en effet sont infectés au niveau de la bouche par leur nourrice. Dans la grande majorité des cas, les chancres buccaux procèdent des 3 modes principaux de contamination que nous venons de résumer.

a) CHANCRES LABIAUX.

Fréquence.

Parmi les chancres buccaux les chancres des lèvres

tiennent le premier rang. Sur 470 cas de chancres buccaux dont 297 chez l'homme et 173 chez la femme, nous avons trouvé 126 chancres de la lèvre inférieure chez l'homme, 57 chez la femme et 83 chancres de la lèvre supérieure chez l'homme, 61 chez la femme soit un total de 327 chancres.

La proportion des chancres des lèvres par rapport aux autres chancres buccaux est donc de 69,4 %.

2. Localisations.

Chancres de la lèvre inférieure	183 cas
Chancres de la lèvre supérieure	144

3. Formes cliniques.

Dans ses caractères cliniques et plus spécialement dans ses caractères objectifs, le chancre labial doit être assimilé au chancre génital en général. Nous nous bornerons donc ici à un exposé d'ailleurs rapide sur les attributs spéciaux à cette localisation particulière.

Le chancre labial se présente à nous sous des formes cliniques multiples et différentes.

a) 1^{re} forme : *Chancre crouteux*. — C'est toujours sous forme de chancre crouteux que nous voyons se manifester le chancre labial quand il occupe le département cutané des lèvres. Le chancre est constitué par une petite lésion arrondie ou ovale, circonscrite, que surmonte une croûte. Cette croûte cache sous sa carapace solide et adhérente une érosion chancreuse.

b) 2^e forme. — *Chancre érosif*. — C'est là encore une forme commune, caractérisée par une érosion cir-

conscrite, arrondie ou ovalaire superficielle, sans bords, à fond lisse et uni, de couleur rouge chair musculaire. La base du chancre est indurée à des degrés plus ou moins appréciables.

c) 3^e forme, : *Chancre papuleux*. — C'est une lésion papuleuse, circonscrite, se dessinant en relief au-dessus des tissus sains périphériques. Quand le relief est peu marqué on a ce qu'on appelle quelquefois le chancre en pastille; le relief peut être plus marqué et figurer un « segment de cerise..» dit Fournier.

La surface de ce chancre est érosive de couleur rouge brun foncé il est plus ou moins dur au toucher, il peut rappeler l'aspect de l'épithélioma des lèvres.

d) 4^e forme : *Chancre hypertrophique*. — Cette forme est plus rare que celle décrite plus haut. L'aspect de ce chancre est tout spécial, on le confondrait aisément avec une tumeur labiale. Il est constitué de deux éléments : une ulcération de surface et une véritable tumeur sous-jacente. A première vue on ne saurait attribuer semblable lésion à un chancre, c'est pour cela qu'on voit envoyer en chirurgie des lésions de ce genre avec l'étiquette d'épithélioma des lèvres.

e) 5^e forme : *Chancre ulcéreux*. — Il peut se présenter sous forme d'une ulcération découverte, ou sous forme crouteuse qui n'est que la forme précédente recouverte d'une croute. La lésion est constituée par une base indurée quelquefois exubérante, et par une ulcération à bords quelque peu saillants, a fond soit uni c'est le

cas le plus fréquent soit quelquefois un peu inégal, de couleur rouge chair musculaire, parfois gris et plus rarement d'un blanc sale diphtéroïde.

f) 6^e forme : *Chancre phagédénique* — Très rare, important toutefois à connaître à cause des erreurs auxquelles il peut exposer.

Le phagédénisme procède, soit en surface on a alors un chancre qui empiète sur les tissus de la lèvre et les territoires voisins, il n'a pas de tendance à détruire les tissus en profondeur, soit en profondeur et on peut avoir des mutilations plus ou moins conséquentes à la suite de l'atteinte de la lèvre par un processus de cette nature.

Observations

Obs. I. — B. J. 10^e Artillerie.

A présenté un chancre au niveau de la lèvre inférieure il y a un an alors qu'il se trouvait sur le front. Il aurait bu dans le quart d'un de ses camarades porteur d'un chancre de la lèvre et aurait vu survenir l'accident primitif deux semaines après.

Un Wasserman fait à Creil, s'est montré nettement positif.

Obs. II. — P. B. 22 ans.

Fille publique à Abbeville où elle voyait de nombreux soldats anglais.

A été mordue à la *lèvre inférieure* par l'un d'eux ; à la suite de cette morsure a vu apparaître une petite ulcération qui s'est aggrandie progressivement et qui a au moment de l'examen la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50.

La malade présente des ganglions sous-maxillaires très nets à droite, on note une roséole généralisée des plaques muqueuses à la vulve et aux amygdales.

Obs. III. — L. E. 25 ans, femme de ménage.

Vient consulter pour un chancre de la commissure labiale, se présentant comme une grosse ulcération

crouteuse de la dimension d'une pièce de un franc, à base indurée.

Grosse adénopathie sous-maxillaire gauche accompagnée de tuméfaction marquée de la joue. Le début remonte à 3 semaines ; l'inoculation se serait faite aux dires de la malade par une petite ulcération produite à la suite d'une piqûre par une fourchette.

Obs. IV. — V. H. 28 ans.

Se montre à nous avec un chancre de la lèvre inférieure, accompagné d'une grosse adénopathie, le chancre tend à se cicatriser, et on note une roséole très nette au niveau de l'abdomen.

Ce chancre serait apparu à la suite d'une piqûre par une fourchette d'après ce que raconte la malade.

Obs. V. — A. E. Soldat au 1^{er} Zouaves.

A actuellement deux chancres dont le début remonte à 3 semaines et qui seraient apparus simultanément.

1^o Un chancre au niveau de la partie médiane de la lèvre inférieure avec gros ganglions sous maxillaire indolores.

2^o Un chancre au niveau de la face dorsale de la verge, près du prépuce de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, reposant sur une base indurée, complètement indolore. Ses bords sont réguliers, sa surface se continue insensiblement avec la surface environnante. Il est de couleur chair musculaire, son centre est très légèrement bourgeonnant et saieux. Grosse réaction ganglionnaire bilatérale.

Obs. VI. — D. A. 34 ans ouvrier d'usine.

Malade a vu débiter son chancre par un bouton, qui se couvre de croutes dit-il à la suite de grattage.

Actuellement on constate une lésion de la grandeur d'une pièce d'un franc, siégeant à la moitié externe de la lèvre inférieure du côté gauche, arrivant jusqu'à la commissure labiale et se prolongeant à la face interne de la joue du côté correspondant. La lésion est dure, accompagnée d'un gros ganglion du côté correspondant, ganglion complètement indolore.

Roséole généralisée.

A eu des rapports sexuels avec une ouvrière qui présentait un chancre de la lèvre inférieure. Cette ouvrière est actuellement en traitement chez un spécialiste.

Obs. VII. — C. F.

Traie ment à St-Louis il y a 12 ans pour chancre de la lèvre inférieure, accompagné de roséole, de plaques muqueuses dans la bouche, de céphalée.

A subi pendant un an 20 piqûres de Benzoate de Hg. par mois.

Depuis ni traitement, ni accident.

Revient pour chancre syphilitique typique du prépuce, avec grosse adénopathie inguinale gauche.

b) CHANCRE DE L'AMYGDALE.

1. *Fréquence.* — Le chancre de l'amygdale est assez fréquent il vient au second rang des chancres de la bouche dans notre statistique. Sur 470 cas de chancres de la bouche nous notons 86 cas de chancres de l'amyg-

dale, ils représentent donc 18.2 % des chancres de la bouche et 12.5 % de la totalité des chancres extra-génitaux.

2. *Siège.* — Le plus souvent se circonscrit à l'aire de l'amygdale, mais il peut se prolonger sur le pilier antérieur et plus rarement sur le pilier postérieur.

Nous l'avons trouvé 60 fois sur l'amygdale droite (30 cas chez l'homme 30 cas chez la femme) et 26 fois seulement sur l'amygdale gauche (19 cas chez l'homme, 7 cas chez la femme.)

3. *Formes cliniques.* — 1^o *Forme érosive.* — C'est la plus commune des trois, elle ne comporte que des troubles fonctionnels légers. A la surface de l'amygdale on note une érosion bénigne, superficielle de dimension d'une pièce de vingt à cinquante centimes, de coloration grisâtre, ou rougeâtre, à fond lisse, le chancre est accompagné d'adénopathie ayant tous les caractères du bubon satellite. Enfin cette érosion repose sur une base indurée.

2^o *Forme ulcéreuse.* — Dans cette forme les troubles fonctionnels sont plus accentués. L'amygdale est plus volumineuse. A la surface de l'amygdale on a une lésion ulcéreuse creusant le tissu amygdalien, la plaie d'ailleurs semble plus creuse qu'elle n'est réellement. Cette ulcération est souvent très étendue, elle peut mesurer jusqu'à 2 centimètres et demi dans son grand diamètre. La plaie est rouge brun, ou grisâtre, toute la région amygdalienne est dure avec certains îlots plus particulièrement durs au toucher.

3^o *Forme angineuse.* — Se rencontre moins fréquemment que les deux formes précédentes, mais elle est très intéressante à connaître parce qu'elle est vraiment une amygdalite avec un chancre.

L'amygdale est rouge, dure, hypertrophiée, on note des douleurs marquées à la déglutition, des phénomènes généraux tels que courbature, malaise général, réaction fébrile. Le chancre qui siège sur cette amygdale est un chancre érosif ou subulcéreux rouge ou quelquefois recouvert d'exsudats blanchâtres, de telle sorte qu'on peut par un examen rapide et superficiel retenir seulement l'amygdalite et ignorer l'existence du chancre. Il existe des variétés infiniment plus rares que celles déjà citées, nous voulons parler de la variété diphtéroïde et de la variété gangreneuse qui ne nous retiendront pas.

Obs. I. — B. E., 32 ans, marchand forain.

Ce malade présente depuis un mois une lésion ulcéreuse de l'amygdale gauche, indurée avec énorme adénopathie gauche non douloureuse de l'angle de la mâchoire.

L'amygdale gauche est volumineuse.

L'amygdale droite est un peu augmentée de volume. A l'examen on constate une masse ganglionnaire de la partie latérale du cou, formant une tumeur dure, dont le développement est surtout manifeste depuis 3 semaines environ. La voix enrouée, légère douleur à la déglutition.

Roséole généralisée, mais surtout marquée au niveau du tronc.

Obs. II. — D. H. 24 ans, monteur.

A un chancre amygdalien typique depuis 5 semaines ce chancre a été soigné comme angine. Actuellement roséole. Le malade qui est marié a contracté son accident avec une jeune femme en pleine période secondaire en l'embrassant, dit-il.

Obs. III. — L. E., 21 ans, blanchisseuse.

Vient consulter pour chancre de l'amygdale droite qui est tuméfiée dure, recouverte d'un enduit pseudo-membraneux, on note une grosse adénite cervicale.

Plaques muqueuses de la vulve.

Le début remonte à un mois et demi.

A été contaminée par son ami qui est syphilitique.

Obs. IV. — B. G., 18 ans.

Entre à l'hôpital avec une éruption secondaire généralisée. L'examen de la gorge montre des plaques muqueuses, sur l'amygdale droite une large ulcération formée par des plaques muqueuses confluentes greffées sur l'accident primitif. L'amygdale est tuméfiée, anfractueuse. Grosse adénopathie cervicale des deux côtés.

c) CHANCRES DE LA LANGUE.

1. *Fréquence.* — Sur les 470 cas de chancres buccaux nous avons relevé 36 chancres de la langue dont 25 chez l'homme et 11 chez la femme soit une proportion de 5,2 % par rapport aux chancres extra-génitaux de toutes localisations et de 7,6 % par rapport aux autres chancres buccaux.

2. *Siège.* — Le chancre de la langue siège le plus

souvent sur le tiers antérieur de la langue, quelques fois au niveau de la pointe, beaucoup plus rarement sur les bords latéraux.

3. *Formes cliniques.* — Les plus habituelles sont la forme érosive et la forme ulcéreuse.

1^o *Forme érosive.* — C'est la plus commune, c'est une érosion de la muqueuse, superficielle, qui a une coloration différente de celle de la muqueuse voisine, une surface lisse décapillée. Son étendue est variable, mais généralement est comparable à une pièce de vingt ou de cinquante centimes, a une forme le plus souvent ovale, n'a pas de bords, est à fond absolument plat uni, de coloration chair musculaire. Cette érosion repose toujours sur une base plus ou moins indurée.

2^o *Forme ulcéreuse.* — Ce chancre a une configuration rappelant celle d'une cupule, c'est pourquoi on l'appelle quelquefois chancre cupuliforme, on note une lésion ulcéralive à bords descendant progressivement vers le fond de la plaie qui est lisse et de couleur uniformément rouge, accentuée. Il est toujours doublé d'une induration assez marquée.

Obs. I. — G. H., 30 ans 1^{er} zouaves.

Vient consulter pour une ulcération de la pointe de la langue datant d'une vingtaine de jours et déjà traitée au Val de Grace où une réaction de Wassermann a été pratiquée et se serait montrée négative.

Actuellement gros ganglions. L'ulcération est en voie de cicatrisation.

Wassermann positif.

Le malade a contracté son chancre par rapports bucco-génitaux à Saint-Denis.

Obs. II. — L. M. 25 ans, garde républicain.

A présenté il y a deux mois 2 chancres indurés, un de la pointe de la langue l'autre de la commissure labiale gauche.

N'a pas remarqué d'adénopathie ni de roséole. Actuellement la langue et dépapillée est on constate de larges plaques muqueuses ulcérées de la lèvre inférieure, de la commissure labiale et de la face interne des joues.

Obs. IV. — L. A. 29 ans. Livreur.

Entre pour une ulcération siégeant sur le bord gauche de la langue, dont le début remonte à 15 jours.

Cette ulcération est absolument indolore spontanément, mais on note une certaine douleur provoquée par le tabac, et par les mets acides. La langue est fendillée.

Adénopathie sous-maxillaire bilatérale; petits ganglions durs roulant sous le doigt, indolores. Céphalée à prédominance orbitaire gauche. Asthénie Wassermann positif.

Obs. V. — D. A., 41 ans.

Ulcération arrondie, reposant sur une base très indurée, de la langue, accompagnée de ganglions sous-mentaux. Cette ulcération a débuté il y a une quinzaine de jours et s'est aggrandie progressivement, est restée constamment indolore. Wassermann négatif.

Revient un mois après, Wassermann positif.

L'ulcération sous l'influence du traitement est en voie de cicatrisation.

Obs. VI. — H. L., 28 ans, commioneur.

Vient consulter pour deux chancres typiques dont

l'un siège au niveau de la face dorsale de la langue avec adénopathie sous mentale, le début remonte à un mois et dont l'autre a pour siège le sillon balano-préputial et accompagné d'une adénopathie inguinale bilatérale. Ce chancre est apparu quelques jours après.

Obs. VII. — A. B., 30 ans, ménagère.

Ulcération de la base gauche de la langue et exsudat pseudo-membraneux du pilier antérieur du voile du palais. Grosse adénopathie cervicale gauche avec empatement de toute la région gauche du cou.

Le début remonte à 6 semaines, la malade dit avoir eu à ce moment là une angine avec fièvre. La malade est traitée immédiatement par piqûres de Novarsenobenzol. La lésion cède au traitement. Ne présente pas d'accidents secondaires.

d) Chancres du Palais, du voile, des piliers.

1. *Fréquence.* — Ces chancres sont rares nous les avons trouvés 10 fois dans notre statistique.

Leur proportion par rapport à tous les autres chancres extra-génitaux est de 1,4 %, par rapport aux chancres buccaux elle est de 2,1 %.

2. *Formes cliniques.* — Les chancres qui siègent au niveau de ces diverses régions ne présentent aucune particularité locale, ils sont soit érosifs, soit sub-ulcéreux. Nous ne référons donc point une nouvelle description de ces deux formes.

d) CHANCRES DES GENCIVÉS.

1. *Fréquence.* — Il est rare nous l'avons noté dans 7 observations, dont 6 chez l'homme et 1 chez la femme ce qui représente un pourcentage de 1,1 % par rapport aux chancres extra-génitaux de tout siège et de 1,4 % si nous le rapportons aux chancres buccaux.

2. *Siège.* — Le chancre gingival se rencontre sur la gencive supérieure et sur la gencive inférieure et toujours à leur face externe, presque toujours au niveau du collet des dents.

3. *Formes cliniques.* — Il se présente le plus généralement suivant les aspects typiques du chancre syphilitique en général, il est constitué par une lésion érosive ou sub-ulcéreuse nettement limitée. Sans bords, lisse, unie de surface de couleur rouge foncé, il est en moyenne d'assez petite dimension. Mais s'il se rencontre habituellement sous la forme que nous venons de décrire il est des cas où il revêt au contraire l'aspect d'une lésion banale. On remarque alors une ulcération étalée sur le bord gingival encadrant le collet de deux dents habituellement, cette ulcération à des contours irréguliers, le fond en est bourgeonnant, de teinte non caractéristique comme dans la forme précitée, au niveau de la lésion, la muqueuse gingivale est ulcérée et baigne dans le pus. A un examen superficiel rien ne laisse penser au chancre. Cependant on note quelquefois une dureté presque significative du plateau gingival ulcéré, de plus la constitution rapide aiguë de la lésion, et surtout l'adénopathie mettent sur la voie du diagnostic.

Obs. I. — N. P., 25 ans.

En 1916, une molaire inférieure gauche et une molaire supérieure droite sont extraites à Cambridge. Quelques semaines plus tard, une masse dure ganglionnaire apparaît de chaque côté du cou au-dessus de l'angle maxillaire. Pas de mal de gorge. Pas d'éruptions cutanées. Pas de tuberculose des ganglions.

1917. — Strabisme divergent de l'œil droit.

Myopie astigmatique à droite.

Hypermétropie astigmatique à droite.

1922. — Douleurs au niveau de l'os frontal. Périostite frontale. Amélioration par l'Iode (Collosol et pommade iodée.

1924. — Envoyé par le Dr Foster More à la suite de la perte de la vision des deux champs visuels nasaux. Pas de glaucome.

Une radiographie du crâne montre une irrégularité dans l'épaisseur de l'os frontal.

Mars 1924. Le malade est vu pour la première fois par le Dr Burnier.

Un Wassermann est fait il se montre franchement positif.

Il n'y a pas d'évidence de syphilis acquise ou congénitale, excepté une petite cicatrice sur le côté droit du fourreau penien, atypique et une incurvation du milieu de la diaphyse des deux tibias.

Entre le 28 mars et le 27-mai 1924, le malade reçoit : 4 gr. 35 de Néosalvarsan.

1 gr. 8. de Bismuth.

2 gr. par jour d'Iodure de Potassium, pendant 2 semaines, 2 fois, par la bouche.

Le 27 mai, un Wassermann a été fait il se montre positif.

Le malade se sent mieux.

Depuis le mois d'Août le malade a pris de l'Hydrarg. cum creta avec de l'ipéca en poudre, 6 centigrammes de chaque 3 fois par jour et de l'Iodure de Potassium 2 gr. par jour pendant 2 semaines.

Le malade voit le Professeur Jeanselme pour recommencer le traitement ci-dessus.

Wassermann positif.

Le 7 novembre 1924. On fait une série de Novarsénobenzol et une série de Curalnès.

Repos un mois à la suite de ce traitement.

Le 13 novembre 1924. Le champ visuel est légèrement rétréci du côté nasal pour les 2 yeux. Pas de troubles dans la vision des couleurs.

Le 29 décembre 1924. Le malade présente de l'herpès sillon balano-preputial.

Le 13 Février 1925 un Wassermann positif.

On fait une nouvelle série de Novarsénobenzol et de Curalnès.

Ob. II. — B., 31 ans machiniste.

Présente au niveau de l'incisive médiane supérieure gauche une muqueuse boursouflée avec érosions en croissant en concavité bordant la dent.

On note une grosse adénopathie inflammatoire an-

gulo-maximiliaire gauche, indolente, dont le début remonte à 20 jours.

Le Wassermann est positif le 26-9-23, à l'ultra on voit des spirilles tréponèmes.

On fait une série de Novar.

Le 31-11-23, on note de la laryngite.

Le 8-1-24 Wassermann positif.

Nouvelle série de Novar.

Un examen des yeux à ce moment montre au niveau de l'œil droit des troubles du vitré, au niveau de l'œil gauche cataracte capsulaire consécutive à une choroïde syphilitique.

Le 27-7-24 Wassermann positif.

Nouvelle série de Novar, à la fin de la série, un repos de 1 mois est prescrit.

Le malade revient le 21-11-24. Avec des plaques muqueuses, une au niveau de la lèvre inférieure, 2 au niveau de la lèvre supérieure et à la pointe de la langue ces plaques ont débuté il y a 8 jours.

On fait une série de Curalues que le malade n'achève pas.

2. — CHANCRES DE LA FACE.

1. *Fréquence.* a) *Chancre du menton.* — De tous les chancres de la face, c'est le plus fréquent. Sur 76 chancres de la face (dont 61 chez l'homme et 15 chez la femme) nous devons relevé 53 cas de chancre du menton (42 chez l'homme, 11 chez la femme) ce qui représente un pourcentage de 7,06 % par rapport à la totalité des

chancres extra-génitaux et un pourcentage de 69,7 % par rapport aux autres chancres de la face.

2. *Étiologie.* — A propos du chancre du menton, nous allons donner une description générale des principaux modes de contagion des chancres du visage, ce qui nous dispensera de refaire un paragraphe étiologie pour chacune des autres localisations des chancres de cette région.

CHANCRES DE LA FACE.

Certains chancres de la face tels que ceux de l'oreille, de l'œil (conjonctive, bord ciliaire, paupières) ont une étiologie souvent obscure et difficile à préciser. Cependant nous pouvons noter comme causes les plus fréquentes le baiser, la sputation, la morsure, la succion, dans quelques cas il y a lieu d'incriminer une contagion indirecte par les doigts. Dans les 4 cas de chancres de l'œil que nous avons notés il nous a été impossible de connaître le mode de contagion.

CHANCRES DU VISAGE (menton, joues, nez, front,

On observe quelquefois la contagion génito-faciale mais les modes de contagion les plus habituels sont le baiser, la morsure, la succion.

Pour les chancres du nez surtout on note la fréquence du mode de transmission par les doigts.

La contagion médiate est relativement fréquente, c'est ainsi que dans un cas décrit dans le livre de Fournier (chancres extra-génitaux) une mère syphilitique infecta ses trois enfants avec un linge sur lequel elle

crachait pour nettoyer leur visage, ces enfants étaient atteints tous les trois d'impetigo facial.

Mais combien plus nombreux sont les cas où le tréponème est entré dans l'organisme à la suite de blessures produites par le rasoir. Tous les auteurs signalent ce mode de transmission. Sur les 7 observations que nous rapportons, 5 fois la blessure par rasoir est relevée!

Les chancres de l'oreille reconnaissent comme causes les plus communes le baiser, la morsure, la succion. Pour les chancres du Cuir chevelu, les mêmes causes sont notées. Dans nos observations nous relevons un chancre du cuir chevelu survenu chez un soldat qui a présenté une lésion primitive au niveau d'une blessure légère faite par la tondeuse.

3. *Formes cliniques.* — De même que pour l'étiologie nous allons décrire ici les différentes formes cliniques de chancres du visage. Nous ne reviendrons donc pas sur ce chapitre à propos des autres localisations.

Les chancres du visage étant des chancres cutanés, leurs caractères sont semblables en tous points à tous les chancres de la peau quel qu'en soit le siège. 2 types sont à décrire 1^o) le chancre crouteux, 2^o) le chancre sous forme de plaie à découvert.

1^o *Chancre crouteux.* — Il constitue une lésion nettement circonscrite, arrondie, d'étendue variant entre celle d'une pièce de un franc et celle d'une pièce de cinquante centimes recouverte d'une croûte généralement brûnâtre, assez épaisse, toujours un peu surélevée

cette lésion repose toujours sur une base dure.

2^o Chancre sous forme de plaie à découvert. Il se présente avec l'aspect classique soit du chancre érosif soit du chancre ulcéreux.

a) *Chancre érosif*. — Simple lésion érosive de la peau du visage, parfois de niveau avec les téguments voisins, mais plus souvent, constituant une légère papule en plateau sans bords véritables à surface lisse unie et le plus fréquemment de couleur « chair musculaire »

b) *Chancre ulcéreux*. — On constate comme une « entamure » tégumentaire plus ou moins prononcée, à fond rouge mais parfois quelque peu jaunâtre. C'est une lésion nettement délimitée, configuration à type circiné à bas indurée.

Obs. I. — L. L., 30 ans manoeuvre.

Vient avec un chancre du menton datant de 3 semaines, ayant l'aspect d'un placard impetigineux de la dimension d'une pièce de 2 francs, avec surface crouteuse jaunâtre à fond erythémateux.

Volumineuse adénopathie sous maxillaire droite. Ce chancre serait survenu à la suite de blessure par rasoir.

Obs. II. — M. A., 23 ans, typographe.

Vient avec lésion papillonateuse et verruqueuse du menton datant de 3 semaines.

Depuis 15 jours on constate des lésions érosives du front et des lésions papuleuses du gland, et des lésions

papulo-erosives du fourreau et du scrotum. Le Wassermann s'est montré franchement positif ultra-positif sur les lésions du front et de la verge. Revient consulter un mois après; on note une lésion végétante papilleuse, arciforme au niveau du siège de l'ancien chancre.

Ultra nombreux tréponèmes (formes longues).

Ce chancre est apparu à la suite d'une coupure par rasoir.

Obs. III. — R. L., 31 ans manœuvre.

Se présente avec un chancre typique du menton dont le début remonte à un mois. Ce chancre a succédé à une coupure faite par un rasoir chez un coiffeur.

On note une roséole marquée.

Obs. IV. — L. A., 23 ans.

Chancre typique du menton consécutif à une morsure, il y a 3 mois.

Actuellement roséole et plaques muqueuses des lèvres.

Obs. V. — C. M., 46 ans.

Est porteur de 2 chancres indurés au niveau du menton et d'un chancre à la lèvre supérieure. Grosse adénopathie sus-hyoïdienne. Roséole.

Obs. VI. — V. H. L., 40 ans, voyageur de commerce.

Présente depuis 2 mois, 4 chancres de la région mentonnière et de la commissure avec énorme adénopathie sous-maxillaire et sus claviculaire.

Plaques muqueuses amygdaliennes.

Obs. VII. — F. M., 30 ans.

A deux chancres, un de la région latérale droite du menton apparu il y a 2 mois et un de la lèvre inférieure qui d'après le malade serait survenu 6 semaines après.

Actuellement roséole généralisée.

Ganglions cervicaux très durs.

Obs. VIII. — M. H., 38 ans, couturière.

Vient consulter pour une lésion circinée impétigineuse arrondie du menton avec zone inflammatoire périphérique existant depuis 3 semaines. Plusieurs ganglions sous-mentonniers douloureux.

A été contaminée par son mari atteint de chancre de la lèvre et actuellement en traitement.

Obs. IX. — H. G., 16 ans.

Chancre typique du nez, suivi de roséole.

Leucomelanodermie. Adénopathie cervicale.

La malade qui n'a jamais eu de rapports génitaux aurait touché du sang d'une personne en pleine éruption dont elle ignorait l'origine. Sans se laver les mains aurait porté ses doigts à la figure, s'est grattée un bouton qu'elle avait sur l'aile droite du nez. C'est sur l'emplacement de ce bouton qu'est apparu le chancre.

b) *Chancres de joues.* — Viennent au deuxième rang des chancres de la face. Nous en avons relevé 11 cas (dont 10 chez l'homme, et 1 chez la femme). Leur pourcentage est de 1.5 % par rapport aux chancres extra-génitaux de tout siège et de 14,4 % par rapport aux chancres de la face.

c) *Chancres du nez.* — Ils représentent un pour-

centage de 1,01 % des chancres genitaux de tout siège et de 9,2 % par rapport aux autres chancres de la face (4 cas chez l'homme, 3 chez la femme).

1. *Fréquence et localisation.*

d) *Chancres de l'œil.* — Ils ont un pourcentage de 0,5 % (4 cas chez l'homme) par rapport à la totalité des chancres extra-génitaux et de 5,2 % par rapport, aux autres chancres de la face. Chancres palpébraux Chancres du bord ciliaire Chancres de la conjonctive.

2. *Etiologie.* — Chez un très grand nombre de malades, elle reste mystérieuse, le chancre de l'œil peut dériver de causes, multiples et extraordinaires. Il peut se produire à la suite de contaminations directes par le baiser, la sputation la morsure, la succion, le léchage, de contaminations indirectes et le plus généralement les doigts servent d'intermédiaire et enfin de contaminations médiates ; des objets quelconques, éponge, serviette, mouchoir, compresse, eau sale, instruments d'oculistique sont susceptibles de porter sur l'œil le contagion spécifique.

3. *Etude clinique.* : a) *Chancre palpébral.* -- Qui comme tout chancre cutané à quelque région qu'il appartienne revêt la forme crouteuse ou la forme érosive. Les descriptions antérieures de ces 2 formes nous dispenseront de revenir sur ce sujet.

b) *Chancre du bord ciliaire.* — C'est une véritable tumeur du bord ciliaire faisant une saillie variant de 3 à 5 $\frac{1}{m}$ et quelquefois plus.

Cette tumeur est absolument indolente et présente

une induration accentuée et caractéristique. La surface est généralement unie et lisse, de couleur chair musculaire.

c) *Chancré conjonctival*. — Se localise soit sur le grand angle de l'œil, c'est là son siège le plus habituel, soit plus rarement le petit angle, soit enfin sur la conjonctive. Le chancre du grand angle donne à peu près l'aspect du chancre du rebord ciliaire. Le chancre du petit angle offre le type du chancre fissuraire c'est le chancre en branches de compas. Quand au chancre de la conjonctive il se présente sous des aspects différents. Ce peut être un chancre étalé, sous forme d'une lésion érosive ou subulcéreuse à bords plats et sans entaillure à fond rouge, plus rarement opalin, reposant sur une base indurée, ou encore un chancre dit en rigole.

Obs. II. — H. S., 19 ans.

Lésion primitive de l'œil droit avec paupière droite enflée, conjonctive diffuse de la conjonctive droite. La réaction de Wassermann a été pratiquée et a été positive.

Grosse adénopathie cervicale droite.

Le diagnostic de chancre de la conjonctive a été confirmée par le Dr Morax.

Obs. III. — C. E., 23 ans 106^e Rég^t Infanterie.

Vient avec un chancre induré de l'arcade sourcillière droite avec grosse adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire datant de 3 semaines.

A eu des rapports avec une femme actuellement encore en traitement à St-Louis, il y a deux mois environ.

Présente une roséole très nette.

Obs. IV. — T. F., 42 ans 5^e Dragons.

A présenté en Février 1916 un chancre typique du cuir chevelu survenu à la suite d'une petite érosion faite par la tondeuse sur le crâne par le coiffeur alors qu'il se trouvait au régiment.

Présente au moment de l'examen une roséole très nette.

Obs. V. — B. A., 14 ans.

Présente de la blépharite de l'œil gauche, la paupière est œdématiée, garnie de croûtes à la racine des cils. Conjonctivite.

Adénopathie cervicale.

Ganglions pré-auriculaires.

La réaction de Wassermann se montre franchement positive.

Avait subi avant le traitement antispécifique des pulvérisations, des applications de pommades qui n'avaient amené aucune amélioration.

II. — CHANCRES DU COU, DU TRONC ET DES MEMBRES

1. *Fréquence.* — Sur 690 chancres extra-génitaux relevés dans notre statistique, nous avons noté 88 chancres du cou, du tronc et des membres dont 59 cas chez l'homme et 29 cas chez la femme. Ils représentent un pourcentage de 12,8 % par rapport à la totalité des chancres extra-génitaux.

2. *Étiologie.* — Nous allons donner dans ce paragraphe des notions étiologiques sur les divers chancres du cou, du tronc et des membres, nous décrirons l'étiologie des chancres du sein et des chancres de la main à part, étant donné leur importance toute particulière, au chapitre chancres du sein et chancres de la main.

La contagion peut se produire suivant 3 modes différents

a) contagion directe ; b) contagion indirecte ; c) contagion médiate.

CHANCRES DU COU DU TRONC ET DES MEMBRES

a) *Contagion directe.* — « La verge, disait Fournier, a parfois des égarements, rien d'étonnant à ce que dans ses pérégrinations anormales elle puisse porter la contagion sur les points les plus divers (région périgénitale, abdomen, cuisse sein, main).

Quand la contagion a son point de départ au niveau des organes génitaux c'est le plus souvent de l'homme à la femme qu'elle s'exerce, le contraire peut s'observer néanmoins. Fournier rapporte le cas d'un de ses malades qui s'inocula un chancre sur la cuisse par contact avec un chancre vulvaire dont sa maitresse était porteuse. Le malade, sa maitresse s'étant dite « malade » sans spécifier le genre de maladie dont elle était affectée continua tout en s'abstenant de rapports à faire lit commun avec elle et à dormir enlacé avec elle l'une de ses cuisses touchant la vulve.

Plus fréquemment c'est la bouche qui est agent transmetteur, c'est elle en effet qui est susceptible

par des baisers ardents d'inoculer le tréponème sur les parties les plus diverses du corps tout entier.

La morsure, la succion sont fréquemment relevées dans l'étiologie des chancres du cou, du tronc et des membres.

b) *Contagion indirecte*. — Se fait le plus généralement par les doigts chargés de contagé syphilitique, par la salive dans le tatouage par exemple, de nombreux auteurs l'ont observé.

c) *Contagion médiate*. — La liste des agents servant d'intermédiaires est fort longue, nous ne ferons que citer les plus fréquemment observés. Tout d'abord les linges de corps (chemises, caleçons, corsages); les draps, les oreillers, les couvertures; les linges de bain, peignoirs, etc.

Les contagions instrumentales, médicales (bistouris, lancettes, seringue) sont malheureusement encore trop fréquentes

CHANCRES DU SEIN

Chez l'homme la cause en est toujours unique, ce sont les carresses buccales d'une femme. (la succion la morsure quelquefois) qu'on doit incriminer.

Chez la femme qui n'allait pas la contagion vient de la bouche de l'homme. Ricord appelait cela « la contagion par nourrisson adulte » Un grand nombre de cas de chancres du sein se voit chez les nourrices exposées journellement à la contamination. La syphilis mammaire des nourrices procède soit de l'enfant à syphilis acquise, après la naissance soit de l'enfant hérédo-syphilitique

Le premier cas est le moins fréquent, la syphilis héréditaire au contraire est des plus communes.

Nous avons rapporté le cas d'une femme de 36 ans qui présentait un chancre au niveau de chacun des mamelons. Ces chancres étaient survenus alors qu'elle allaitait un enfant pris en nourrice. L'enfant examiné fut reconnu hérédo-syphilitique, il mourrait d'ailleurs 3 mois après.

CHANCRES DE LA MAIN.

Les medecins, les sages-femmes, les infirmiers sont très frequemment atteints par les chancres de ce siège. Nous avons relaté le cas d'un médecin étranger contaminé dans l'exercice de sa profession.

Bon nombre de cas de chancres des doigts dérivent d'attouchements érotiques vénériens.

Enfin il y a lieu de citer les contaminations par morsure comme dans le cas relevé dans une de nos observations d'un homme qui fit un chancre dû à la suite d'une morsure par un arabe.

CHANCRES DES RÉGIONS ANALE ET PERIANALE.

L'étiologie de ces chancres dérive de contagions directes, indirectes, ou médiatees.

a) *Contagion directe.* — La contagion est portée au niveau de l'anus et de la région périanale par la verge, nous en relatons 2 cas dans les observations que nous avons rapportées, et quelquefois par la bouche.

b) *Contagion indirecte.* — Deux procédés se voient le plus souvent comme modes de transmission. 1^o trans-

port par les doigts ; 2° transport par l'écoulement de sécrétions venues du vagin, du contage à l'anus.

c) *Contagion médiate*. — Ce mode de contagion s'exerce dans cette région comme dans celles que nous avons précédemment étudiées. Les intermédiaires les plus différents ont été observés (instruments de chirurgie, linges, éponges, bassins, bidets).

Nous avons essayé de donner dans ce court résumé une idée d'ensemble sur les modes principaux de contamination des chancres extra-génitaux nous ne pouvions le faire que d'une façon très brève et en nous basant sur ce qui avait été dit relativement à ce sujet

Obs. I. — A. J. 41 ans, chauffeur.

Début il y a 2 mois environ par une lésion suppurante du pouce gauche près de l'ongle et que le malade compare à un mal blanc. Attribué à une piqûre légère par un éclat d'obus. La lésion continue à suppurer et s'étend de plus en plus. Actuellement sur toute la partie radiale du pourtour de l'ongle plaie suppurante, sanieuse, grisâtre décollant un peu le bord de l'ongle. Depuis 8 jours eruption de roséole marquée surtout sur la face antérieure du tronc.

Lésions secondaires sur le front. Papules sur l'avant-bras gauche. Pas d'accident génital.

Obs. II. — J. G., 27 ans, fraiseur.

Entre pour chancre syphilitique de l'annulaire gauche au niveau de la dernière phalange face dorsale int., n'atteint pas l'ongle. Augmentation diffuse de volume du doigt qui est rouge violacé, non ulcéré, avec une

légère desquamation, complètement indolore. Ganglion épitrochléen avec lymphangite nodulaire brachiale.

Enorme ganglion axillaire indolore antero-interne.

Début il y a 8 semaines,.

Roséole ortiée à éléments assez espacés.

Ganglion sus-épitrochléen du côté opposé

Obs. III. — S. M., 63 ans, sage-femme.

A présenté un chancre du médius droit, professionnel Wassermann positif.

F. G., 20 ans.

Présente un chancre de l'index droit, avec nombreux ganglions cervicaux, le chancre est actuellement en voie de cicatrisation, a été mordu par un homme porteur de lésions syphilitiques de la bouche.

Roséole.

Obs. IV. — L. L., 33 ans, infirmier.

Était dans un service de syphilitiques, à la suite d'une piqûre à l'index droit a vu survenir un chancre typique, 50 jours après roséole.

S. E., 30 ans, médecin.

Se présente avec un chancre de la phalange unguéale de l'annulaire gauche.

Adénopathie le long du bras gauche et à 2 cm. de l'épitrochlée ou existe un gros ganglion mobile et indolore. Ultra positif (formes longues).

Le chancre est en voie de cicatrisation.

Sur le corps eruption d'éléments acnéiformes.

a) CHANCRES DU PUBIS.

1. *Fréquence.* — Dans notre statistique nous avons relevé 25 cas de chancres du pubis (24 cas chez l'homme, 1 cas chez la femme). Soit un pourcentage de 3,6 % par rapport à la totalité des chancres extra-génitaux que nous avons relevés et de 29,5 % des chancres du cou du Tronc et des membres.

2. *Etiologie.* — Nous avons étudié ce paragraphe dans l'étiologie en général, au chap. chancres du cou, du tronc et des membres.

3. *Formes cliniques.* — 2 formes cliniques : forme crouteuse, forme érosive.

a) *Forme crouteuse.* — Lésion circonscrite, bien délimitée sans réaction sur des téguments sains, arrondie ou ovalaire de dimension variant entre celle d'une pièce de cinquante centimes et celle d'un franc, recouverte d'un exsudat crouteux plus ou moins épais. On note de plus une certaine induration de base et une adénopathie présentant les caractères connus du bubon satellite.

b) forme constituant une plaie à découvert affectant les 3 modalités suivantes, : érosive, ulcéreuse, papuleuse, formes que nous avons décrites déjà dans les chapitres précédents.

Obs. I. — T. A., 38 ans, Sellier.

Présente 2 chancres indurées du pubis datant d'une quinzaine de jours.

Empâtement inguinal bilatéral, gros ganglion très marqué du côté gauche.

Veuf, vit avec une femme depuis plusieurs mois déjà.
2 mois après : Roséole.

Plaques muqueuses amygdaliennes.

Obs. II. — B. E. 26 ans métallurgiste.

Chancre induré du pubis sur la partie droite de la région pubienne supérieure, lésion arrondie. de la dimension d'une pièce de deux francs.

Grosse adénopathie inguinale à droite.

Ganglions moins marqués à gauche, très durs.

A été opéré d'une hernie inguinale à droite il y a 4 ans. Le chancre qui a débuté il y un mois est situé à la pointe inférieure de la cicatrice.

Obs. III. — B. M., 32 ans, ouvrier d'usines.

Le début des accidents remonterait à 38 jours il présente actuellement à la partie interne de la région inguino-pubienne droite, à droite de la racine de la verge une cicatrice crouteuse de la dimension d'une pièce de un franc, à base indurée, accompagnée d'une grosse adénopathie inguinale portant surtout sur le groupe supéro-externe. Le malade aurait eu au début un bouton qu'on aurait cautérisé au nitrate d'argent. Présente sur le corps une roséole maculeuse datant de 10 jours.

Obs. IV — D. A. 44 ans chaudronnier.

Entré à l'hôpital pour roséole. A présenté il y a un mois un chancre typique du pubis.

On voit actuellement une ulcération très étendue (4×3 cm.) du pubis sur la ligne médiane à bords très indurés. Fond granuleux, rougeâtre.

Obs. V. — P. B. A. 23 ans, manœuvre.

Vient à la consultation avec 3 chancres indurés, un du pubis. Deux sur le fourreau de la verge, apparus 8 jours après celui du pubis.

Obs. VI. — L. J., 24 ans.

Vient avec 2 chancres.

a) large chancre de la région sus-pubienne de la grandeur d'une pièce de 5 francs à bords non décollés, reposant sur une base profondément indurée aspect du chancre en macaron.

b) chancre en coup de rasoir au niveau du fourreau. Adénopathie inguinale double.

b) CHANCRES DE L'AINE.

Nous les avons notés 5 fois (dont 2 cas chez l'homme et 3 cas chez la femme) soit une proportion de 5,6 % par rapport aux 88 cas de chancres du cou, du tronc et des membres trouvés dans notre statistique ; ils représentent seulement 0,7 % de la totalité des chancres extra-génitaux de notre statistique.

c) CHANCRES DE L'ABDOMEN.

Nous en avons rapporté 3 cas (dont 2 cas chez l'homme et 3 chez la femme). Leur proportion par rapport aux 88 cas de chancres du cou, du tronc et des membres est de 3,9 %, et par rapport à la totalité des chancres génitaux de 0,4 %.

d) CHANCRÉ DES FESSES.

4 cas (dont 3 chez l'homme et 1 cas chez la femme). Pourcentage par rapport aux chancres extra-génitaux

du cou du tronc et des membres 4,5 %. Pourcentage par rapport à la totalité des chancres extra-génitaux 0,5 %.

e) CHANCRE DU MEMBRE INFÉRIEUR.

8 cas, 6 cas de chancres de la cuisse dont 1 chez l'homme et 5 chez la femme, 2 cas de chancres de l'orteil chez l'homme. Soit un pourcentage de 9,09 % par rapport aux autres chancres du cou, du tronc et des membres et de 1,1 % par rapport aux chancres extra-génitaux de tous sièges.

Obs. I. — M. P., 22 ans, domestique.

Vient consulter pour un chancre syphilitique de la fesse droite, d'aspect cupuliforme, rougeur diffuse à la périphérie. Le début remonte à un mois, le chancre s'accompagne d'une pleiade ganglionnaire inguinale bilatérale surtout marquée à droite. Les ganglions sont petits, durs et mobiles sous le doigt.

Eruption de roséole généralisée.

Obs. II. — L. M., cuisinière.

Depuis 4 semaines a deux volumineux chancres ulcéreux arrondis, à base indurée, de la cuisse, (face interne) de la grandeur d'une pièce de un franc de couleur chair musculaire. On remarquait de plus sur les grandes lèvres et sur les plis radiés de l'anus de petites ulcérations.

Adénopathie inguinale presque nulle.

Wassermann positif.

Obs. III. — B. E., 40 ans. Inspecteur de police.

Vient consulter le 16 septembre 1924 pour une ulcération apparue à la fin du mois d'Août située à la partie postérieure du 3^e orteil droit, s'accompagnant de macération interdigitale qui pouvait ressembler à une lésion mycosique (envoyé à l'Hôtel-Dieu à M. Gougerot) Ensemencement négatif.

Malgré le traitement iodé et pommade de Whitfeld, aucun résultat.

Le malade revient 15 jours après le 25-9-24 on constate une éruption maculeuse généralisée, des papules disséminées sur le thorax, la paume des mains, la plante des pieds. Un ultra fait au niveau de la lésion de l'orteil montre le tréponème. Le 16-9-24 un 1^{er} ultra avait été également positif.

Plaque muqueuse de la lèvre inférieure.

Il est donc probable que l'ulcération interdigitale a été la porte d'entrée de l'infection.

Le malade raconte que vers le milieu d'Août, il a été au Hammam. Il a marché nus pieds dans des sandales servant à tout le monde.

W., positif.

Reçoit 1 série de Novar et une série de Curalués.

Le 18-1-25 W. = négatif on refait une série de Novar et le 23-5-25 une série de Curalués.

f) CHANCRES DE LA MAIN.

1. *Fréquence.* — Dans notre statistique les chancres de la main viennent au deuxième rang des chancres du cou, du tronc et des membres. Nous en avons relevé

27 cas (dont 19 chez l'homme et 8 chez la femme). Leur pourcentage par rapport aux autres chancres du cou, du tronc et des membres est de 30,7 % et de 4,2 % par rapport à la totalité des chancres extra génitaux que nous avons recueillis.

2. *Etiologie.* — Les chancres de cette région peuvent dériver de tout contact qui a pour résultat de mettre en rapport la main avec le contagion syphilitique.

Le contagion est porté sur la main :

Par une contamination professionnelle.

Par un contact vénérien.

Par une morsure.

Les deux premiers modes de contagion sont les plus fréquents,

3. *Formes cliniques.* — Les chancres de la main peuvent revêtir 2 formes, les formes communes, les formes anormales sur lesquelles nous insisterons davantage.

1° *Formes communes.* — Elles reconnaissent 2 variétés : érosive et ulcéreuse, nous ne reviendrons pas sur ces deux variétés, nous les avons déjà décrites à propos des chancres cutanés étudiés précédemment.

2° *Formes anormales.* — Ces dernières qui sont fort peu communes et qui de ce fait exposent à des méprises diagnostiques vont nous occuper plus longuement.

3 types sont à décrire.

a) le chancre hypertrophique.

b) le chancre panaris.

c) le chancre fongueux.

a) *Chancre hypertrophique.* — C'est un chancre for-

tement saillant constituant presque une petite tumeur. Il est formé d'une grosse tubérosité nettement circonscrite, saillante, orbiculaire de contour, et plus généralement, dure; très dure même dans la majorité des cas, couronnée sur sa partie convexe par une érosion ou une ulcération.

b) *Chancre panaris*. — Ce chancre ressemble tout à fait à un panaris, le doigt en effet est globuleux, les téguments sont rougeâtres, les tissus voisins infiltrés et enfin le doigt est très douloureux, il est devenu le siège d'élancements tout comme dans le panaris, très sensible à l'exploration.

Le chancre se présente sous forme d'une ulcération absolument irrégulière, ulcération creuse, anfractueuse à bords boursoufflés, déchiquetés, à fond grisâtre ou rougeâtre.

c) *Chancre fongueux*. — Cette variété est exceptionnelle, elle consiste en un bourgeonnement papilliforme de la lésion, ce bourgeonnement devenu vraiment exhubérant arrive à masquer absolument le chancre. La lésion se présente alors comme un champignon végétant. Nous concevons aisément combien il est difficile de soupçonner un chancre sous cette masse proliférante.

g) CHANCRES DU SEIN.

1. Les chancres du sein viennent au 3^e rang des chancres du cou, du tronc et des membres, dans notre statistique. Ils se répartissent de la façon suivante : 1 cas chez l'homme, 10 cas chez la femme. Ils repré-

sentent 13.7 % des chancres du cou, du tronc et des membres et 1,5 % des chancres extra-génitaux de tout siège.

2. Formes cliniques. — Le chancre du sein peut se présenter sous deux formes en sa qualité de chancre cutané a) la forme crouteuse

b) la forme de plaie à découvert.

a) *Forme crouteuse* est rare, il affecte d'ailleurs ce type chez la femme, en dehors de l'allaitement.

C'est une lésion bien circonscrite arrondie ou ovulaire surmontée d'une croute plus ou moins épaisse brunâtre généralement.

b) *la forme de plaie à découvert.* — Est de beaucoup la plus fréquente. La lésion se présente comme une lésion érosive qui n'ulcère pas les téguments, sans bords, de surface égale et lisse de teinte rouge musculaire reposant sur une base indurée.

A côté de ces formes il existe des variétés de forme objective que nous ne ferons que citer : 1° chancre papuleux, 2° chancre exulcéreux ; 3° chancre ulcéreux et des variétés de configuration : 1° chancre demi-lunaire, chancre fissuraire.

Obs. I. — C. M., 19 ans, boulanger.

Le malade est venu à la consultation, il a présenté il y a 2 mois au-dessus du mamelon gauche, au siège même de l'aréole, un petit bouton qui s'est agrandi, ulcéré et a présenté l'aspect d'un chancre avec adénopathie axillaire gauche.

Le malade traite ce chancre comme un furoncle avec des compresses humides puis des applications d'eau blanche et teinture d'Arnica.

Présente actuellement sur le mamelon et sur toute la région antérieure du sein gauche un grand placard arrondi plus large que la paume de la main s'étendant jusque dans la région axillaire gauche, placard ayant l'aspect nettement eczématisé (syphilide régionale) Présente depuis 3 semaines une syphilide papuleuse avec un grand nombre d'éléments papuleux disséminés sur tout le corps. Quelques éléments pâles maculeux, dans le dos, syphilides sèches déjà pâlies et légèrement pigmentées.

Présente quelques syphilides du scrotum et du fourreau de la verge : petits ganglions inguinaux à droite. Le gros ganglion axillaire à gauche a persisté. Plaques muqueuses sur les 2 amygdales et sur la luette. Petite plaque sur la lèvre inférieure. Grosse amygdale droite et ganglion sous-maxillaire droit. A été contaminé par sa maitresse qui a de nombreuses plaques muqueuses au niveau de la bouche

Obs. II. — L. M., 36 ans, ménagère.

Vient consulter avec un enfant du sexe féminin âgé de deux mois dont elle est la nourrice. La mère de l'enfant est une prostituée actuellement dans une maison publique. L'enfant qui est chétive présente des lésions papulo-squameuses de la face et plus particulièrement du menton.

Sur tout le corps mêmes lésions avec prédominance aux mains et aux pieds qui sont recouverts de squames.

Les lèvres et la bouche, l'anus et la vulve sont constellées de petites érosions à contours irréguliers suintants ou recouverts de croûtelles fines.

Les lésions ont débuté 8 jours après sa naissance et actuellement l'enfant est en pleine période secondaire. La nourrice, mère de 5 enfants et dont le mari est mobilisé présente au-dessus et en dedans du mamelon gauche un chancre induré datant de 15 jours avec gros ganglions de l'aisselle.

La mère de l'enfant vit de prostitution depuis l'âge de 16 ans, l'an dernier a accouché à Tenon d'un enfant mort.

L'enfant et la nourrice sont actuellement en traitement.

III. — CHANCRES DES REGIONS ANALE ET PERIANALE.

1. *Fréquence.* — Nous avons relevé 56 cas de chancres de ces régions, dont 17 cas chez l'homme et 39 cas chez la femme. —

Leur pourcentage par rapport aux 690 cas de chancres extra-génitaux relatés dans notre statistique est relativement élevé 8,02 %.

3. *Formes cliniques.* — Les chancres périnaux étant des chancres cutanés se présenteront comme ces derniers suivant les 3 modalités usuelles de cette catégorie de chancre.

1° Sous la modalité érosive, la plus habituellement observée.

2° Sous la modalité exulcéreuse ;

3° Sous la modalité ulcéreuse. Nous avons déjà décrit ces formes dans les chapitres précédents nous n'y reviendrons donc pas ici.

Le chancre anal peut se présenter 1° Comme un chancre anal cutané c'est le pendant du chancre périanal noté plus haut ; 2° comme un chancre anal muqueux, qui est constitué par une lésion à contours bien définis, de moyenne ou de petite étendue siégeant soit en avant, soit en arrière de l'anus, ovulaire ou elliptique sans bords entaillés en arête, lisse de fond, coloration rouge foncé le plus souvent ; 3° comme un chancre cutané muqueux.

Nous ne ferons que citer ici les variétés intéressantes à connaître à côté des principales formes, nous voulons parler des

Chancre en crête extra-anaie.

Chancre hémorrhédaire.

Chancre fissural.

Obs. I. — L. G., 23 ans, ouvrière d'usines.

Chancre typique de l'anus survenu à la suite d'un coït anal avec son ami qui est syphilitique et actuellement en traitement à Cochin.

Gros ganglions inguinaux bilatéraux.

Aucun accident vulvaire.

Obs. II. — M. L., 19 ans, femme de chambre.

Présente un chancre anal fissurique, a été contaminée par son ami dont elle ignorait la spécificité.

Adénopathie inguinale marquée. Roséole.

Obs. III. — S. R. 30 ans, domestique.

Entre à l'hôpital avec un chancre syphilitique de l'anus au niveau du sillon interfessier, accompagné d'une rougeur diffuse surtout marquée au niveau des plis. Ce chancre est apparu il y a 15 jours. Elle présente également un chancre de la fourchette avec grosse adénopathie dure indolore, à gauche survenu il y a 8 jours.

Obs. IV. — B. C., 23 ans, domestique.

Présente une ulcération chancriforme dont le début remonte à 3 semaines.

A été contaminée par son ami (coït anal) qui est syphilitique.

Pronostic

On attribue depuis très longtemps déjà un pronostic particulièrement fâcheux aux chancres extra-génitaux.

Qu'y a-t-il de vrai ou de faux dans cette opinion.

La syphilis n'est-elle pas toujours la syphilis, disait Fournier quelle que soit sa porte d'entrée dans l'organisme ? Elle a donc le droit d'être grave alors qu'elle procède aussi bien d'un chancre extra-génital.

Certes il existe dans la littérature médicale des cas de syphilis graves, très graves même succédant à une contagion extra-génitale. Ces faits sont indéniables et ont frappé ceux qui les ont constatés. Ils les ont d'ailleurs rapporté avec force détails et ces cas servent toujours, à certains médecins tout au moins, pour affirmer la gravité exceptionnelle des chancres extra-génitaux.

De l'observation de ces cas on a fait une généralité et on a affirmé sans chercher à en donner des preuves irréfutables que tous les chancres extra-génitaux comportaient un sombre pronostic. C'est Fournier qui le premier chercha à établir, en se basant sur des statistiques importantes si cette assertion était exacte. Mais comment établir précisément la gravité relative de l'évolution de la syphilis dans les chancres génitaux

et extra-génitaux. La gravité de la syphilis c'est le tertiarisme ; Fournier fait des recherches sur 1200 syphilis ayant abouti au tertiarisme, il constate que sur ces 1200 cas, 1125 dérivent de chancres génitaux 75 de chancres extra génitaux.

Donc sur 100 syphilis 93,75 dérivent de chancres génitaux ; 6,25 dérivent de chancres extra-génitaux

Or, ces chiffres sont identiques au pourcentage des chancres extra-génitaux par rapport aux chancres génitaux trouvés par cet auteur dans la statistique que nous rapportons au début de ce travail.

Fournier ne se borne pas à ces constatations, il prend un nombre relativement élevé de syphilis à accident initial connu et à tertiarisme précoce puis analysant ces cas relativement au siège affecté par l'accident initial, il trouve pour les chancres extra-génitaux une proportion de chancres génitaux à peu de choses près semblable à celle obtenue dans les constatations recueillies en employant la méthode précédente.

Cet auteur en arrive aux conclusions suivantes
La réputation de syphilis particulièrement grave à la suite d'infection à siège extra-génital ne paraît en rien légitimée par l'analyse des faits. Les syphilis examinées en nombre considérable ne semblent différer des syphilis usuelles d'origine génitale ni par la symptomatologie précoce, ni par leurs conséquences éloignées.

D'où au total leur pronostic ne paraît pas autre que celui de la syphilis en général quel qu'en soit l'accident d'origine.

Certes nous ne voulons pas nier le bien fondé des

conclusions de Fournier à l'égard des chancres extra-génitaux, tout au moins en ce qui concerne la majorité des sièges de cette nature. Mais nous croyons qu'il est utile de faire une restriction en ce qui concerne la gravité du pronostic d'une certaine catégorie de chancres extra-génitaux. Nous voulons parler des *chancres céphaliques*.

Plusieurs auteurs et notamment Jeanselme, Brocq, Cl. Simon, M. Bloch plaident en faveur de cette opinion. Cl. Simon, qui note depuis longtemps le siège de l'accident primitif des tabétiques et des paralytiques généraux qu'il a l'occasion d'examiner, a remarqué que souvent il s'agit d'un chancre céphalique. D'après cet auteur, la céphalée, l'insomnie secondaire seraient plus fréquentes lorsque le chancre siège à la tête.

Ces différents auteurs pensent qu'il en est peut être de la marche de l'infection syphilitique comme de celle du tétanos ou de la diphtérie. Pour le Tétanos notamment nous savons que les centres nerveux sont atteints par la toxine non seulement par la voie sanguine mais également, dans une plus faible mesure cependant en suivant le nerf périphérique.

Cathelin le premier avait conclu à l'existence de la circulation du liquide céphalo-rachidien. Stepheanu Horsbatsky injectant du bleu de méthylène dans les espaces sous-arachnoïdiens et dans les nerfs périphériques, afin d'observer la diffusion soit centrifuge, soit centripète du colorant, pense que la circulation du liquide céphalo-rachidien n'a pas un cycle complet et qu'il s'agit plutôt d'un écoulement lent et continu du liquide.

Cet auteur a montré l'existence de trois voies d'écoulement d'ailleurs d'importance différente.

La voie principale serait celle « qui des gaines sous arachnoïdiennes gagne la circulation générale en passant successivement par les lymphatiques des gaines nerveuses, les ganglions auxquels ceux-ci se rendent, puis par les afférents des ganglions à la citerne de Pecquet, au canal thoracique ou à la grande veine lymphatique et finalement au confluent jugulo-sous-clavier ». Il existerait enfin deux autres voies d'importance moindre, à savoir « une voie suivie par le liquide céphalo-rachidien qui passe directement dans la circulation veineuse de l'encéphale et de là dans la circulation générale. La dernière voie serait représentée par les gaines vasculaires, le système lymphatique et la grande circulation.

La voie principale, dit Cl. Simon, semble donner la clé de la marche du virus syphilitique dans certains cas de chancres céphaliques. Le liquide céphalo-rachidien baigne la gaine périnerveuse et les gaines périfasciculaires, qui se continuent par les lymphatiques jusqu'aux ganglions.

Ainsi le bubon syphilitique réservoir de virus peut transmettre directement l'infection au liquide céphalo-rachidien et remonter ainsi jusqu'aux centre nerveux.

Cette voie est sans aucun doute beaucoup moins importante que la voie sanguine, mais il nous est permis néanmoins de penser qu'elle est quelquefois utilisée par le virus syphilitique expliquant peut être ainsi la gravité exceptionnelle de certaines syphilis à siège initial céphalique.

Il est une objection qui a été faite à cette conception : le virus peut gagner également les centres nerveux médullaires en partant d'un bubon inguinal satellite d'un chancre génital, cependant Stepheanu Horbatsky dans aucune de ses expériences n'a vu les ganglions inguinaux se colorer, et au contraire presque constante était la coloration des ganglions du cou. Ainsi les ganglions inguinaux seraient trop excentriques pour être compris dans le trajet de la circulation du liquide céphalo-rachidien.

Si cette hypothèse est acceptée on conçoit la malignité particulière et plus précoce des complications des chancres céphaliques sur les centres nerveux, c'est-à-dire les syphilis nerveuses avec ses différents types.

Nous avons rapporté au chapitre des chancres céphaliques deux cas de chancres des gencives où nous avons pu constater des accidents nerveux et oculaires précoces. Il y a cependant quelques restrictions à formuler à propos de ces deux cas ; en effet dans l'un le malade était resté sans traitement du début de 1916 à Mars 1924. et dans l'autre cas le malade qui avait vu apparaître ses accidents nerveux un an après son chancre au niveau de l'incisive médiane supérieure gauche a suivi son traitement d'une façon tout à fait irrégulière.

Pour nous résumer nous pouvons dire qu'à notre avis les chancres extra-génitaux ne semblent pas comporter un pronostic d'une gravité particulière et plus marquée que les chancres génitaux, les chancres céphaliques seuls paraissent devoir être considérés comme

susceptibles de complications nerveuses plus bruyantes, plus rapides que les autres chancres quel qu'en soit le siège.

Les considérations physio-pathologiques exposées plus haut et empruntées à Cl. Simon peuvent expliquer dans une certaine mesure cette différence au point de vue pronostic.

Traitement

Le traitement des chancres extra-génitaux ne diffère en rien du traitement des chancres génitaux.

Comme pour ce qui concerne les chancres d'origine génitale le médecin fera parmi les médicaments qui sont à sa disposition un choix judicieux, il les utilisera « selon les indications cliniques fournies par le stade et la virulence de l'infection, par l'état de l'organisme.

Les arséno-benzènes sont les produits dont l'action est la plus rapide ; leur principale indication c'est la syphilis qui n'a pas dépassé le stade primaire, tout au début du stade secondaire il faut encore utiliser sans tarder les arsenobenzènes ; grâce à eux les accidents secondaires guérissent en quelques jours.

M. le Professeur Jeanselme dit que d'une façon générale les arsenobenzènes sont indiqués.

- 1° Quand il faut frapper vite et fort.
- 2° Quand la syphilis affecte la forme maligne précoce.
- 3° Quand il s'agit de rattraper le temps perdu,
- 4° Quand il s'agit d'une femme enceinte syphilitique.
- 5° Quand la syphilis se développe chez un sujet atteint de tuberculose chronique,
- 6° Quand après l'emploi du mercure ou du bismuth on a reconnu que ces médications sont inefficaces ou non tolérées.

Les sels de Bismuth constituent une médication d'une très grande efficacité, qui comporte certaines indications spéciales. Ils ont sur les lésions cutanées et muqueuses un pouvoir cicatrisant presque égal à celui des arsenobenzènes, cependant ils agissent moins vite que ces derniers sur la réaction de Bordet-Wassermann.

Ces sels présentent un gros intérêt dans le traitement de certains malades intolérants aux arsenobenzènes ou encore porteurs de lésions résistantes à ces médicaments (arseno-resistance).

Enfin on emploiera avec avantage les sels de Bismuth dans le but de consolider les résultats acquis par les arsenobenzènes. Quand ceux-ci ont réduit les seroréactions ils seront remplacés par le bismuth.

Nous n'insisterons pas davantage sur la façon dont il faut conduire la cure de la syphilis à point de départ extra-génital ; la conduite du traitement ne différant en rien de celle de la syphilis à point de départ génital que l'on trouve décrite dans tous les précis de syphiligraphie.

Conclusions

Les chancres à localisation extra-génitale sont loin de constituer une rareté, une curiosité ; nombreux sont les cas rapportés dans la littérature médicale française et étrangère.

Sur 11.518 chancres syphilitiques observés à la clinique de M. le professeur Jeanselme nous avons relevé 690 cas de chancres extra-génitaux soit environ, 6 chancres extra-génitaux pour 100 chancres de tout siège.

Certaines localisations sont peu fréquemment observées, d'autres au contraire sont d'observation courante. Les chancres céphaliques sont les plus fréquents ; sur 690 cas de chancres extra-génitaux que comporte notre statistique 546 ont leur siège au niveau de la tête. Soit une proportion de 79,3 % dont 70,1 % du département de la bouche et 9,2 % du département de la face.

Voilà par ordre de fréquence les diverses localisations recueillies.

Bouche	hom.	fem.	total	Pourcentage	
Lèvre inférieure ...	126	57	183	49.4	%
Lèvre supérieure	83	61	144		%
Amygdale droite	30	30	60	12.5	%
Amygdale gauche ..	19	7	26		
Langue	25	11	36	5.2	%
Gencives	6	1	7	1.1	%
Palais, voile, piliers ..	5	5	10	1.4	%
Muqueuse des joues ..	3	1	4	0.5	%

Face				
Menton	42	11	53	7.06 %
Joues	10	1	11	1.5 %
Nez	4	3	7	1.01 %
Œil	4		4	0.5 %
Cuir chevelu	1		1	0.14 %

Les chancres du cou, du tronc et des membres viennent après ceux de la région céphalique. Sur 690 cas de chancres extra-génitaux nous notons 88 cas de ces régions. Soit une proportion de 12,8 % par rapport à la totalité des chancres extra-génitaux. Nous donnons ci-dessous par ordre de fréquence les diverses localisations que nous avons observées.

1. Membre supérieur.

	hom	fem.	total	Pourcentage
Bras	1		1	
Avant-bras	1		1	4.2 %
Main	19	8	27	
2. Pubis	24	1	25	3.6 %
3. Sein	2	10	12	1.5 %

4. Membre inférieur.

Cuisse	1	5	6	1.1 %
Orteils	2		2	
5. Aine	2	3	5	0.7 %
6. Fesses	3	1	4	0.5 %
7. Abdomen	2	1	3	0.4 %
8. Cou	2		2	0.2 %

Enfin en dernier lieu nous notons les chancres de l'anus et de la région périanale. Nous en avons recueilli 56 cas sur les 690 cas de notre statistique (dont 17 cas chez hommes et 390 chez femmes).

Ils représentent ainsi un pourcentage de 8.02 % par rapport à la totalité de nos cas de chancres extra-génitaux.

Les syphilis dérivées des chancres extra-génitaux ne présentent pas un pronostic plus sombre que celles dont l'accident initial a un siège génital.

Cependant une restriction est à faire en ce qui concerne les chancres céphaliques, ces derniers en effet semblent avoir un pronostic plus grave que tous les autres chancres extra-génitaux. On note que fréquemment chez les tabétiques et les paralytiques généraux le siège de l'accident primitif était céphalique.

Quant au traitement des chancres extra-génitaux, il ne diffère en rien de celui des chancres génitaux; les syphilis à porte d'entrée extra-génitale sont justiciables également du traitement par les arsenobenzènes et les sels de bismuth précieux auxiliaires des premiers dans les cas où ceux-ci sont mal supportés ou encore dans les cas d'arseno-résistance.

Vu le Président de Thèse.

JEANSELME.

Vu le Doyen.

ROGER.

*Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris.*

APPELL.
